

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Novembre 1900

Par M. Valentin VILLARD

Né à Ploaré (Douarnenez), le 1^{er} Février 1873

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL MARIN DE PEN-BRÔN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NANTES

ANCIEN PRÉPARATEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'HISTOLOGIE À L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DE LA

CONJONCTIVE PALPÉBRALE

CARCINOME RÉTICULÉ

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges { M. POIRIER, Professeur agrégé.
M. ALBARRAN, Professeur agrégé.
M. HARTMANN, Professeur agrégé.

✱

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

100



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES
DE LA
CONJONCTIVE PALPÉBRALE

CARCINOME RÉTICULÉ

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	BERGER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N...
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
	FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DUPLAY.
Clinique des maladies nerveuses	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Novembre 1900

Par M. Valentin VILLARD

Né à Ploaré (Douarnenez), le 1^{er} Février 1873

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL MARIN DE PEN-BRON

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NANTES

ANCIEN PRÉPARATEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'HISTOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DE LA

CONJONCTIVE PALPÉBRALE

CARCINOME RÉTICULÉ

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges { M. POIRIER, Professeur agrégé.
M. ALBARRAN, Professeur agrégé.
M. HARTMANN, Professeur agrégé.

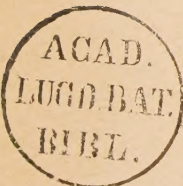
✱

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage de profonde affection

A MA MÈRE

[A MA SOEUR

A MES FRÈRES

A MONSIEUR ET A MADAME CORNILLIER

Hommage de Reconnaissance

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Le 4 mai 1900, M. le D^r SOURDILLE nous pria de l'aider pour l'opération d'une tumeur de la conjonctive assez curieuse par son siège et son aspect. Il attira notre attention sur la rareté de pareilles tumeurs et nous chargea d'en prendre un dessin d'après nature.

Les recherches que nous fîmes à ce sujet et l'examen de quelques coupes histologiques nous ayant montré qu'il s'agissait d'une véritable curiosité scientifique, nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais avant d'aller plus loin, c'est avec une joie profonde que nous nous conformerons à un pieux usage, celui de remercier ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales : MM. les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes, MM. les Médecins et Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, qui furent pour nous des Maîtres aussi bienveillants que dévoués.

Que notre excellent maître, M. le docteur Gilbert SOURDILLE, reçoive ici le témoignage de notre plus vive gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués pendant l'élaboration de notre travail. C'est soutenu par sa parole autorisée que nous avons osé apporter notre modeste part à la discussion sur les délicats problèmes qui touchent à l'origine des cancers.

M. le Docteur SOURDILLEN'a pas été pour nous seulement un maître ; il nous a honoré de son amitié et nous lui en témoignons notre reconnaissance.

Nous remercions M. le Professeur MALHERBE, dont nous avons eu le bonheur d'être le préparateur, pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son laboratoire et pour les nombreux conseils qu'il nous a donnés avec tant de compétence.

Nous prions MM. les Professeurs HEURTAUX et POISSON, de croire à toute notre gratitude, car c'est près d'eux que nous avons fait notre éducation chirurgicale pendant nos deux années d'externat.

M. le Professeur JOUON, dont nous avons pu suivre les leçons magistrales, a droit à notre reconnaissance.

M. le Professeur GUILLEMET fut toujours pour nous le plus accueillant des Maîtres.

MM. les Docteurs BERTIN, BONAMY, AUBRY, dont nous avons été l'interne, nous ont initié à la pratique de la médecine.

Que MM. les Docteurs CRMAIL, RAPPIN, VIGNARD, BUREAU, Amédée MONNIER, Urbain MONNIER, MIRALLIÉ, RIVET, Henri MALHERBE, GOURDET soient assurés de notre profonde reconnaissance pour les nombreux services qu'ils nous ont rendus.

M. le Docteur TEXIER, dont nous sommes fier d'être l'élève et ami, nous a reçu à sa clinique avec la plus grande amabilité ; nous sommes heureux de pouvoir lui dire ici que tout ce qu'il a fait pour nous restera toujours gravé dans notre souvenir.

Enfin nous ne saurions oublier nos jeunes camarades GIRAUDEAU, JOUSSEMET et CASTAGNARY ; leur affection, la confiance dont ils nous ont honoré, compteront parmi les plus chers souvenirs de nos années d'études.

M. le Professeur BERGER nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES
DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE

Carcinome réticulé

INTRODUCTION

La muqueuse conjonctivale a longtemps été considérée comme peu favorable au développement des tumeurs malignes. On trouve bien, dans quelques auteurs anciens, MAÎTRE JEAN, DUVERNAY, SAINT-YVES, l'indication de certaines néoplasies développées à la surface de l'œil et qu'ils désignaient sous les noms d'excroissances ou de chairs malignes. Mais ces descriptions sont bien vagues et il est difficile d'y reconnaître si ces tumeurs ont vraiment pour origine le tissu de la conjonctive.

C'est dans cette dernière moitié de notre siècle que les ophtalmologistes ont étudié d'une façon strictement scientifique les diverses dégénérescences malignes de

cette membrane ; et si bien des points restent encore dans l'ombre, il est certain du moins que de ces différents travaux se dégagent des notions précises sur le siège et sur la structure histologique de ces tumeurs.

Il serait trop long de citer tous ces travaux dont le récent article de M. le professeur PANAS, dans son traité des maladies des yeux, contient une bonne indication bibliographique.

Plus de trois cents observations ont été publiées et l'étude de ces faits démontre que presque toujours ces tumeurs se développent sur le limbe cornéen, à cheval sur la conjonctive bulbaire et la cornée.

Elles ont pour caractère général d'être souvent mélaniques, de se développer lentement, d'avoir peu de tendance à envahir la cornée et la sclérotique, et de ne se propager que tardivement aux ganglions lymphatiques.

Le fait qui mérite d'être mis en relief, c'est que souvent ces tumeurs se développent sur des *nævi* pigmentaires ou vasculaires.

Ces tumeurs sont généralement sessiles, surtout lorsqu'elles se manifestent au niveau du limbe ; dans certains cas, cependant, elles sont franchement pédiculées, tout particulièrement celles qui ont la conjonctive bulbaire pour siège.

Au point de vue histologique, on a décrit des sarcomes mélaniques, des épithéliomes, des carcinomes, des épithélio-sarcomes, des lymphadénomes, etc., mais il faut avouer que toutes ces dénominations s'appliquent à des tumeurs d'une interprétation difficile et il ne faut pas les

prendre au pied de la lettre, car elles sont sujettes à caution.

La tendance actuelle est de considérer ces différentes tumeurs comme étant presque toujours, sinon toujours, des épithéliomes, et M. le professeur PANAS, après avoir passé en revue la plupart des observations publiées, et aussi d'après l'étude histologique de cinq observations personnelles relatées dans son ouvrage, se rallie à cette conclusion; PONCET (de Cluny) est du même avis et LA-GRANGE, dans son travail sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes, se range aussi à cette même opinion.

Ce n'est point ici le lieu de discuter ces conclusions, un peu prématurées peut-être, mais nous verrons dans le cours de cette étude que de nombreuses objections se posent en face de cette conception trop exclusive.

A côté de ces productions néoplasiques se développant primitivement sur la conjonctive, il en est une autre classe (tumeurs secondaires) qui résulte simplement de l'envahissement de la muqueuse conjonctivale par une tumeur née dans le voisinage. C'est ainsi que les tumeurs intra-oculaires — sarcome blanc et noir de la choroïde et du cercle ciliaire, gliome de la rétine — peuvent gagner la conjonctive, après avoir franchi la coque oculaire, soit en suivant la direction des vaisseaux ciliaires antérieurs, soit après rupture ou usure et amincissement de la sclérotique.

De même, les tumeurs (nées dans l'orbite (sarcomes, myxomes, endothéliomes, etc.) peuvent, à un moment

donné, se propager à la conjonctive; il en est ainsi des tumeurs de la glande lacrymale et des cavités voisines de l'orbite.

Toutes ces productions néoplasiques n'offrent qu'un médiocre intérêt, car elles représentent une période très avancée d'une affection depuis longtemps déjà reconnue, et d'autre part, au point de vue histologique, elles n'offrent aucun caractère particulier, parce qu'elles ne font que répéter les caractéristiques anatomiques du néoplasme primitif. Aussi l'étude de ces propagations ne mérite-t-elle pas de faire l'objet d'un chapitre spécial.

CHAPITRE PREMIER

Tumeurs malignes de la conjonctive palpébrale

Ainsi que nous venons de le voir, le lieu d'élection des tumeurs de la conjonctive se trouve au niveau du limbe scléro-cornéen, et les auteurs expliquent cette localisation par les modifications anatomiques que subit l'épithélium conjonctival en passant de la conjonctive bulbaire sur la cornée ; il y aurait ainsi analogie complète pour le développement de ces tumeurs épithéliales avec ce qui s'observe au niveau des lèvres et de l'anus.

Avec une fréquence beaucoup moindre se montre la localisation sur la conjonctive bulbaire proprement dite.

Quant au développement sur la conjonctive palpébrale, il est d'une rareté telle que la plupart des classiques le passent sous silence ou tout au plus ne font que le signaler. Certes les tumeurs malignes de la conjonctive palpébrale se rencontrent assez souvent en clinique, mais elles sont presque toujours secondaires ; tantôt c'est un cancroïde de la paupière qui gagne en profondeur, atteint la conjonctive, et donne lieu à une néoplasie fongueuse ou ulcéreuse ; tantôt c'est le tissu conjonctif intermédiaire à la peau et au tarse qui prolifère sous forme de sarcome,

lequel, après envahissement du tarse, se propage à la muqueuse.

Il en est de même pour les rares tumeurs épithéliales dont l'origine se trouve dans les glandes de Meibomius et qui se font jour rapidement vers la conjonctive qu'elles envahissent.

Mais ces tumeurs secondaires, comme celles qui se développent d'une façon analogue sur la conjonctive bulbaire n'ont qu'un faible intérêt à notre point de vue et ne méritent pas de description spéciale.

Il n'en est pas de même des néoplasmes primitifs.

De leur extrême rareté il résulte que leur histoire est à peu près complètement à faire. MEYER, DESPAGNET et NIMIER, NORRIS et OLIVER (malgré la date toute récente de leur dernier ouvrage) ne les signalent même point. C'est à peine si dans les traités de FUCHS et surtout de PANAS, où les tumeurs de la conjonctive bulbaire sont si largement étudiées, l'indication en est faite.

De WECKER, dans son traité, ne leur consacre pas de paragraphe spécial dans le chapitre où il traite de ces néoplasmes de la conjonctive.

Cependant, au cours de cet article, il est cité plusieurs observations qui nous intéressent au point de vue spécial où nous nous mettons, et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir. D'autre part la littérature médicale est très pauvre de documents à ce sujet et nous aurons soin de citer les rares indications bibliographiques que nous avons pu réunir.

Il est assez difficile de faire un tableau complet des différentes variétés de tumeurs qui peuvent se développer

aux dépens de la conjonctive palpébrale. Il semble que toute espèce de néoplasme peut y prendre naissance.

Parmi les tumeurs bénignes, on a décrit des fibromes (ELSCHNIG), des fibro-myxomes (SECONDI), des adénomes blancs et pigmentés (STEINER), des tumeurs adénoïdes (THILLIEZ) analogues à celles qui se développent si communément dans le naso-pharynx.

Parmi les tumeurs malignes, nous trouvons indiqué le lymphadénome (?), le sarcome blanc ou mélanique (de WECKER, GILLET de GRANDMONT, FAGE.) — C'est cette variété de néoplasme qui est la mieux connue. Elles se présentent sous des aspects multiples, tantôt sessiles, tantôt pédiculées elles prennent souvent l'aspect de véritables polypes conjonctivaux (ELSCHNIG, GILLET de GRANDMONT).

A côté de ces productions dont l'histoire n'offre pas de caractères intéressants, il en est d'autres d'une interprétation plus difficile et d'une rareté beaucoup plus grande : RUMSCHEWITSCH a décrit un endothéliome ou angio-sarcome de la conjonctive palpébrale. D'autre part, on trouve dans le traité de M. de WECKER une très intéressante observation de carcinome avec analyse histologique de M. le professeur CORNIL. M. le professeur HIRSCHBERG en a publié une autre en 1871 ; on pourrait ranger à côté de ces cas l'observation classique d'ABERNETHY, rapportée par MACKENZIE ; enfin J. MAKLAKOFF (1), assistant de la clinique ophtalmologique de Moscou, en donne une nouvelle observation, avec examen histologique du professeur EVETSKY. Les recherches bibliographiques faites par cet auteur, recherches qui d'ailleurs sont corroborées par

(1) *Wietznik Ophthalmologii.* Janv.-Fév. 1897.

les nôtres, prouvent que cette observation est la cinquième qui ait été publiée.

Nous venons d'en observer une nouvelle qui porte à six le nombre des observations connues de carcinomes primitifs de la conjonctive palpébrale.

La comparaison de ces différentes observations permet de trouver à ces tumeurs un ensemble de caractères qui les différencie assez nettement des autres variétés ; mais d'autre part au point de vue anatomo-pathologique, leur interprétation présente une extrême difficulté. Le but que nous nous sommes proposé dans ce travail est de mettre en relief les caractères généraux de ce groupe de néoplasmes et, dans la mesure de nos efforts, d'essayer d'en discuter la véritable nature.

CHAPITRE II

Observation I (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le docteur SOURDILLE)

CARCINOME RÉTICULÉ PRIMITIF DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE (PÉRITHÉLIOME)

« M. R..., marinier, âgé de 62 ans, se présente à ma consultation le 3 mai 1900. Il a toujours joui d'une bonne santé; dans ses antécédents héréditaires, on relève cette particularité que 5 de ses parents (père, oncle, tante, cousin-germain) sont morts subitement à un âge relativement jeune. Notons, en outre, qu'il est alcoolique.

Son œil gauche est normal. Son œil droit, pour lequel il consulte aujourd'hui a été atteint, il y a 6 à 7 ans, d'une affection grave à la suite de laquelle la vue a été abolie; d'après les vagues renseignements qu'il nous donne, il s'agissait probablement d'une kératite infectieuse avec iritis; il a au reste un leucôme recouvrant toute la cornée. Cet œil, depuis cette époque, ne l'avait point inquiété quand, il y a 5 à 6 mois environ, son attention fut attirée par une certaine gêne dans les mouvements palpébraux; puis sa paupière supérieure droite se mit à augmenter peu à peu de volume, devint lourde, tombante, se relevant difficilement; bientôt elle commença à se renverser, et ce renversement devenant plus marqué à mesure que la tuméfaction s'accroissait, l'ectropion fut complet au bout de peu de temps, de telle sorte que la paupière présenta tournée à l'extérieur sa face conjonctivale.

Les signes fonctionnels n'ont jamais été bien marqués; les douleurs sont à peu près nulles; le seul trouble dont se plaint le malade est l'abondante sécrétion muco-purulente qui se produit à la surface de sa paupière.

Description. — Actuellement, l'état est le suivant : la paupière droite, complètement ectropionnée, présente sa face conjonctivale; celle-ci est le siège d'une tumeur qui occupe toute la partie palpébrale et offre, dans son ensemble, la forme d'un ellipsoïde coupé

suivant son grand axe et qui serait directement appliqué sur la conjonctive.

Du côté du bord libre de la paupière la tumeur a pour limite ce

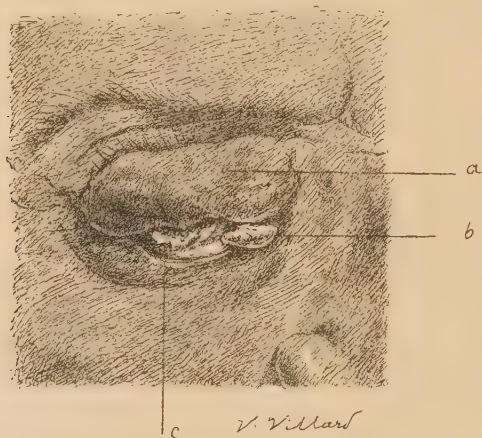


Figure 1. — Carcinome réticulé de la conjonctive.
a. Tumeur principale. — b. Tumeur de la paupière inférieure. —
c. Tumeur du limbe.

bord même, sur lequel elle n'empiète nullement, la néoplasie s'arrêtant à quelques millimètres de la base d'implantation des cils; du côté du cul-de-sac, elle se termine assez brusquement; latéralement, elle atteint à peu près aux extrémités du tarse; en somme, ses limites sont en quelque sorte celles du tarse lui-même, qu'elle dépasse cependant en haut du côté du cul-de-sac.

Son épaisseur maxima paraît être d'environ 8 à 10 millimètres; sa surface présente 3 à 4 grosses bosselures qui lui donnent un aspect légèrement marronné; elle est de couleur gris rosé; elle saigne facilement; son aspect n'est pas lisse et brillant, mais légèrement tomenteux; elle est dure et résistante.

La peau de la paupière est saine, parfaitement mobile sur le tarse.

En somme, il s'agit manifestement d'une tumeur sessile de la conjonctive palpébrale, occupant toute la région tarsienne.

La conjonctive de la paupière inférieure porte également une petite végétation grisâtre, pédiculée, en forme de choux-fleur, large de 3 à 5 millimètres, longue de 4 à 5 millimètres; elle est située un peu au-dessous du bord libre, à l'union de son tiers interne avec le tiers externe, où elle s'attache par un fin pédicule.

La conjonctive oculaire est saine; mais sur la cornée existe une petite plaque grisâtre, saillante, granuleuse, recouvrant la moitié inféro-externe de cette membrane.

Au niveau du tragus, on sent rouler sous le doigt un ganglion dur, indolore, très mobile; dans la région sous-maxillaire, on sent bien quelques nodosités, mais le malade ayant de mauvaises dents, il est possible que celles-ci soient la cause de cette légère adénopathie.

Opération. — *4 mai.* — Chloroformisation — La tumeur est enlevée au bistouri de la manière suivante : par une incision au niveau du bord ciliaire, je dédouble la paupière supérieure de façon à séparer le tarse et la tumeur de la peau doublée de son orbiculaire. Quand ce dédoublement est achevé, un coup de ciseau en dehors, un autre en dedans, un nouveau au niveau du cul-de-sac, détachent la tumeur, de façon à dépasser assez largement les limites des portions envahies. — Aucune autoplastie n'est faite pour doubler la peau et remplacer la conjonctive tarsienne.

La tumeur de la cornée et celle de la conjonctive palpébrale inférieure sont excisées profondément et leur point d'insertion est cautérisé au thermocautère.

Le ganglion parotidien est enlevé.

Le pansement consiste dans l'introduction entre les paupières d'un peu de vaseline iodoformée; pansement sec après hémostase.

La cicatrisation se fait très rapidement; et au bout de 8 jours le malade retourne chez lui, après cicatrisation complète, avec un résultat plastique très satisfaisant, la rétraction palpébrale étant beaucoup moins accusée qu'on n'aurait pu s'y attendre.

Suites de l'opération. — *1^{er} octobre.* — Je revois le malade; l'état de l'œil droit et des paupières est toujours aussi satisfaisant; il n'existe aucune récurrence locale; par contre, derrière l'oreille et dans la région sous-maxillaire, existent plusieurs ganglions assez gros, durs, indolores, mobiles; il s'agit évidemment d'une récurrence ganglionnaire, pour laquelle une opération complémentaire est décidée.

2 octobre. — Ces ganglions sont enlevés au bistouri, après anesthésie à la cocaïne.

25 octobre. — La guérison s'est faite très rapidement et l'état local et général du malade paraît excellent; mais il est à craindre qu'une nouvelle récurrence ne se produise dans la chaîne ganglionnaire sous-maxillaire ou parotidienne, bien qu'il n'en n'existe aucune trace pour le moment.

CHAPITRE III

Examen Histologique

La tumeur a été fixée dans le formol au 10° ; durcie dans les alcools progressivement renforcés ; une partie a été incluse au collodion et les coupes ont été traitées par les réactifs colorants ordinaires ; picro-carmin, carmin aluné, hémateïne et éosine, VAN GIESON, etc.

Si l'on examine à un faible grossissement une coupe d'ensemble de la tumeur faite dans la direction sagittale (planche I), on constate tout d'abord que la conjonctive tarsienne est remplacée dans toute son étendue par le néoplasme dont les éléments prennent fortement les divers réactifs colorants. La tumeur constitue ainsi une nappe de 4 millimètres environ d'épaisseur, adossée au tarse, qui lui constitue une limite très nette ; tandis que la face libre est régulière, décrivant une courbe presque mathématique ; du côté du tarse au contraire, la ligne de séparation est festonnée, dentelée. Vers le bord libre de la paupière, la tumeur n'atteint pas tout à fait l'orifice des glandes de Meibomius ; elle s'arrête à 2 millimètres au minimum de ces orifices.

Dans la région du cul-de-sac, la conjonctive est encore saine ; on y constate simplement une hypertrophie des papilles, à peine visibles à l'état normal, la tumeur s'ar-

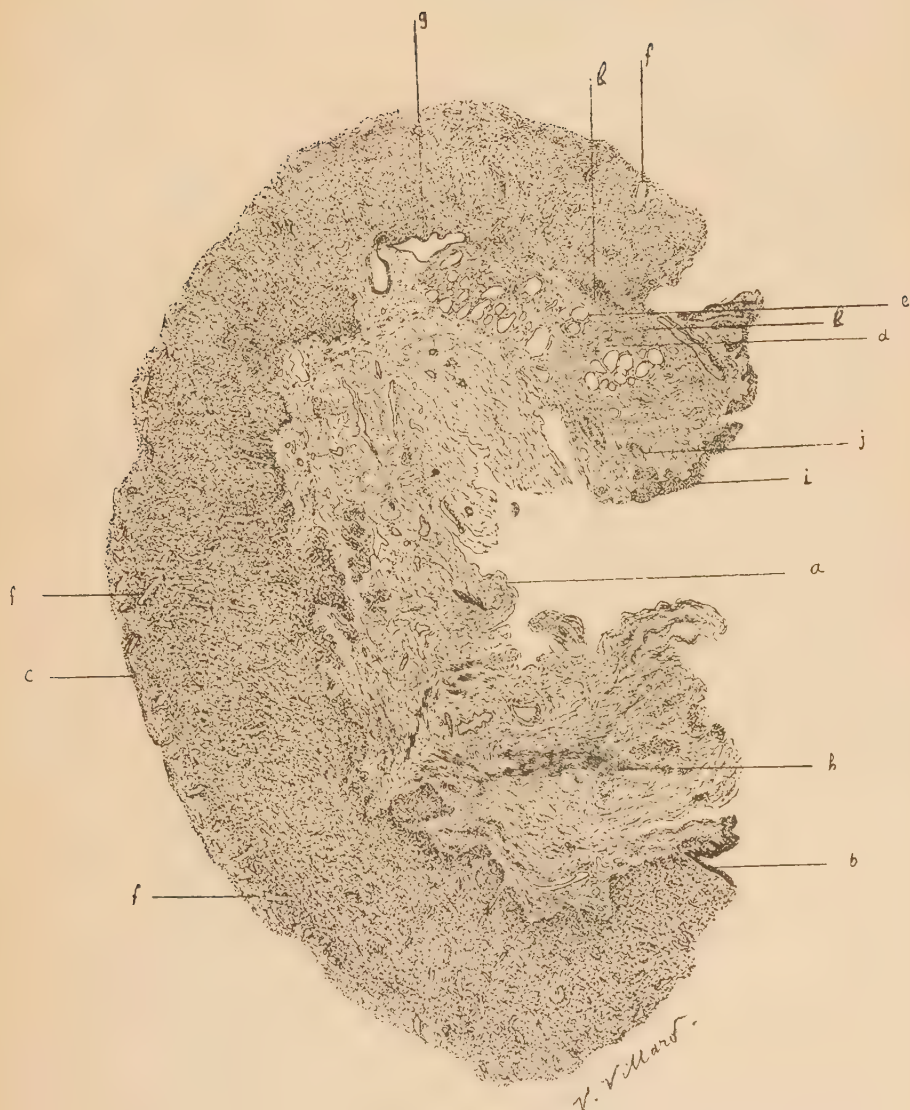


PLANCHE I. — Vue d'ensemble anatomique de la tumeur. Gross. 10 diamètres.

a. Tissu cellulaire sous-conjonctival. — *b.* Conjonctive du cul-de-sac. — *c.* Bord libre de la tumeur. — *d.* Tarse. — *e.* Glandes de Meibomius. — *f.* Vaisseaux sanguins. — *g.* Glandes de Meibomius dont les cellules ont été arrachées. — *h.* Faisceaux musculaires de l'orbiculaire des paupières. — *i.* Bord ciliaire. — *j.* Follicule ciliaire. — *l.* Portion angiomateuse.



PLANCHE II. — Aspect histologique de la tumeur. VERICK { 3c. 3.
ob. 6. }
aa. Cellules gigantesques. — bb. Fins capillaires avec globules sanguins aplatis. — c. Groupe de petites cellules épithé-
lioïdes. — dd. Cellules endothéliales. — e. Fibrille conjonctive formant la trame de la tumeur.

rêtant à 1 ou 2 millimètres des portions saines (pl. I).

La tumeur est parcourue par de nombreux vaisseaux de calibres très divers et gorgés de sang. Dans la partie la plus rapprochée du bord ciliaire, à la limite même de la tumeur, qui se termine ici brusquement, existent des amas de vaisseaux larges, à parois épaisses, gorgés de sang, communiquant largement les uns avec les autres et qui représentent avec toute évidence la coupe d'un angiome caverneux (planche I, II).

Le tarse est respecté dans sa plus grande partie; à part quelques nodules de cellules néoplasiques qui entourent les nombreux vaisseaux qui le traversent et l'envahissement des couches immédiatement sous-jacentes à la tumeur, il ne présente pas de notables altérations; les glandes de Meibomius comprises dans son intérieur sont absolument saines; c'est à peine si quelques culs-de-sac situés au voisinage de la tumeur portent les traces d'une certaine irritation, mais sans prolifération néoplasique. La seule modification importante qu'ait subie le tarse, c'est que, de convexe en avant, qu'il est à l'état normal, il est devenu concave.

Au-dessus du bord adhérent, les membranes fibreuses, représentées par le ligament large des paupières et le tendon du releveur, présentent les mêmes caractères que le tarse et n'ont point été envahies par la tumeur.

En résumé, cet examen d'ensemble permet déjà de se rendre compte des limites exactes de la tumeur et de constater que la conjonctive palpébrale est seule intéressée.

Un plus fort grossissement nous révèle d'une façon plus précise la structure intime du néoplasme. Il est essentiellement constitué par des cellules d'apparence

EXPLICATION DE LA PLANCHE III

FIGURE 1.

Portion angiomateuse de la conjonctive en voie de dégénérescence

carcinomateuse. NACHET. $\left\{ \begin{array}{l} \text{oc. } 2 \\ \text{obj. } 3 \end{array} \right.$

a. Tarse. — *b.* Epithélium conjonctival. — *c.* Portion amincie de la conjonctive. — *d.* Tumeur. — *e.* Espace lacunaire contenant un amas de globules sanguins. — *ff.* Pointes d'accroissements ébauchant un cloisonnement. — *g.* Vaisseau sanguin. — *h.* Amas de vaisseaux sanguins.

FIGURE 2.

Infiltration néoplasique autour des vaisseaux. VERICK. $\left\{ \begin{array}{l} \text{oc. } 1 \\ \text{obj. } 7 \end{array} \right.$

aa. Vaisseaux sanguins dont les parois sont épaissies. — *bb.* Cellules néoplasiques. — *cc.* Points ayant subi la dégénérescence muqueuse. — *dd.* Cellules néoplasiques développées dans les espaces périvasculaires.

FIGURE 3.

Envahissement ganglionnaire. VERICK. $\left\{ \begin{array}{l} \text{oc. } 1 \\ \text{obj. } 7 \end{array} \right.$

a. Cellule néoplasique. — *b.* Cellule lymphatique d'un ganglion. — *c.* Trame du ganglion. — *d.* Fibrille du tissu réticulé de His.

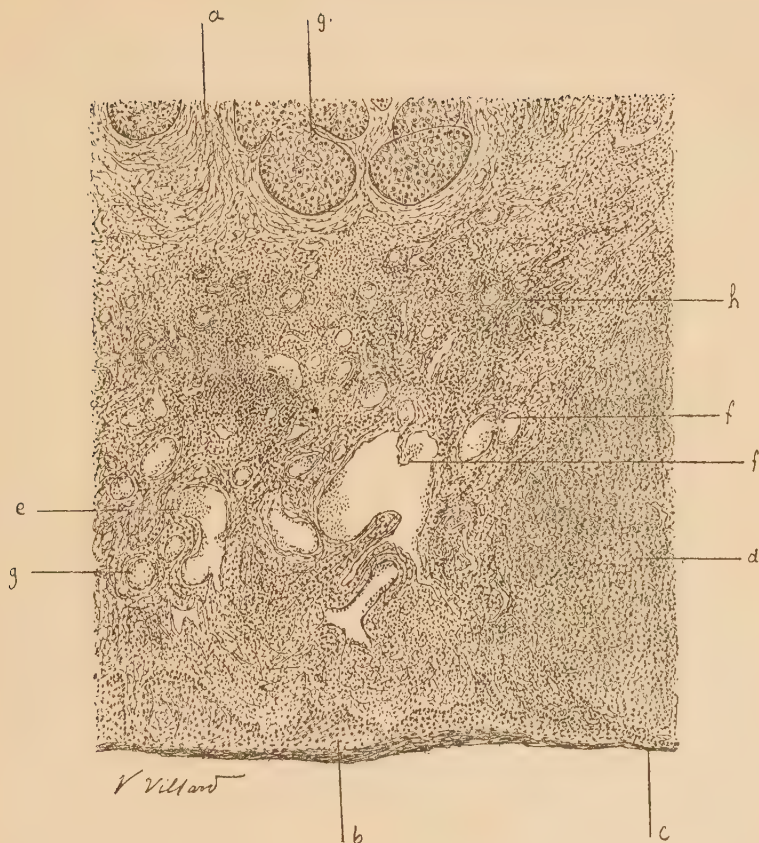


Fig. 1.

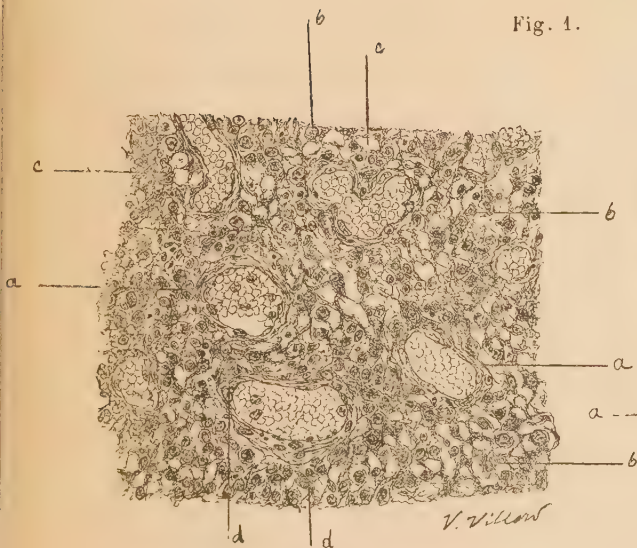


Fig. 2.

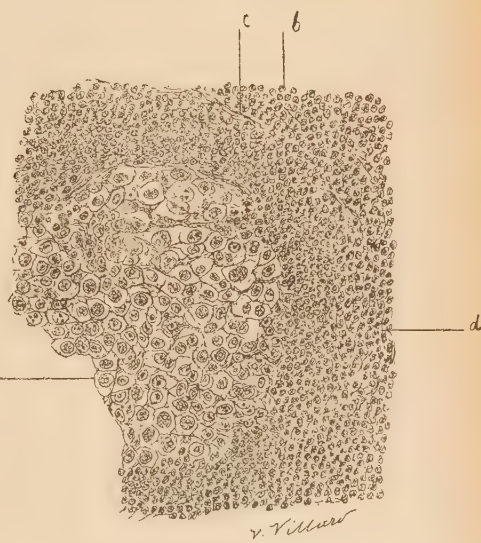


Fig. 3.

épithéliale (pl. II). Ces cellules offrent un gros noyau arrondi ou ovalaire, tantôt granuleux, multinucléolé et prenant fortement les réactifs colorants, tantôt vésiculeux avec un nucléole central se colorant moins fortement. Ce noyau est entouré d'une couronne plus large de protoplasma clair et réfringent. En certains points, le protoplasma a subi la dégénérescence muqueuse (fig. 2, pl. III, cc.). Les dimensions de ces cellules sont très variables; (pl. II, *a* et *c*). Le plus grand nombre offrent un diamètre de 25 μ environ; à côté de celles-ci, on en trouve quelques-unes, véritables cellules gigantesques dont le diamètre atteint et dépasse 40 μ ; d'autre part certaines cellules ne dépassent guère les dimensions des cellules embryonnaires; tous les intermédiaires entre ces dernières et les cellules gigantesques s'observent.

Leur forme est variable; elles sont arrondies, ovalaires, cubiques, plus ou moins fusiformes, décrivant des figures polygonales par pression réciproque; en un mot elles sont polymorphes. Ces éléments cellulaires ne sont pas disséminés au hasard; ils sont disposés dans un réticulum qui communique à la coupe un aspect carcinomateux; ce réticulum, ainsi qu'on le voit bien sur des coupes pinceautées, est formé de fines fibrilles conjonctives qui se disposent, suivant les points de la coupe, en travées parallèles ou anastomosées; ces travées sont occupées par des cellules disposées bout à bout, sur une ou deux rangées et paraissant s'insérer directement sur le réticulum. En d'autres endroits, ce réticulum présente l'aspect d'alvéoles dans lesquels sont groupées les cellules; ici encore les cellules s'implantent sur les mailles conjonctives.

Les fibrilles qui constituent ce réticulum s'insèrent

directement sur les vaisseaux et paraissent être des prolongements ramifiés et anastomosés de leur gaine adventice. Les vaisseaux qui leur servent de support sont généralement volumineux et constitués par des parois épaisses. Sur certains points (fig. 2, pl. III, *aa*), ces vaisseaux sont très nombreux et très volumineux, et attestent d'une façon évidente que la tumeur s'est développée sur un angiome.

La plupart des travées conjonctives que nous venons de signaler servent de support à de fins capillaires reconnaissables seulement aux noyaux endothéliaux qu'on observe et à quelques globules sanguins étirés et déformés par le passage à travers une lumière trop étroite (pl. II, *bb*). Dans une grande partie de la tumeur, ces fibrilles sont tellement minces qu'il semble que les cellules épithélioïdes s'insèrent directement sur la paroi vasculaire.

Les couches les plus profondes du tarse, c'est-à-dire celles qui sont immédiatement accolées à la tumeur conjonctivale, sont intéressantes à étudier au point de vue de leur envahissement ; les faisceaux fibreux sont dissociés par des cellules qui se disposent bout à bout ; ces cellules présentent d'abord un aspect embryonnaire, puis ce sont leurs modifications protoplasmiques et nucléaires qui les amènent au type épithélioïde. A l'intérieur même du tarse, on ne constate point d'envahissement néoplasique ; mais la plupart des vaisseaux, quel que soit d'ailleurs leur calibre, sont entourés par un manchon de cellules épithélioïdes jeunes ; sur les coupes même, on distingue parfaitement que ces cellules sont situées dans les espaces libres, véritables espaces lymphatiques qui entourent

chaque vaisseau (fig. 2, pl. III, *dd.*). L'épithélium conjonctival se comporte de façon différente suivant les points de la tumeur ; à la périphérie, on le voit qui s'amincit peu à peu, mais tout en restant constamment séparé du chorion muqueux par la membrane basale (pl. III, fig. 1, *c*). Au milieu de la tumeur, il a disparu presque partout ; la membrane basale seule persiste, formant la limite très nette du néoplasme ; en certains points, cependant, on en retrouve des débris, toujours séparés par la basale, mais offrant tous les caractères des épithéliums irrités : dégénérescence vacuolaire, infiltration de cellules lymphoïdes interépithéliales, etc.

D'après nos examens, il semble que l'épithélium s'est desquamé ou a été enlevé grâce aux frottements que la conjonctive ectropionnée subissait constamment.

Nous avons vu que la tumeur était très riche en vaisseaux et que, sur certains points, la coupe présentait un aspect nettement angiomateux ; sur quelques coupes, où l'envahissement n'est pas complet, on constate nettement (pl. III, fig. 1, *h* et *g*), immédiatement à côté de la tumeur, un amas de vaisseaux à parois épaisses, au milieu desquels existent des espaces lacunaires incomplètement cloisonnés ; ce sont des portions d'angiome non encore dégénérées.

La petite tumeur enlevée sur la conjonctive de la paupière inférieure présente les mêmes caractères histologiques que la tumeur principale.

Quant à celle qui siégeait sur la moitié inférieure de la cornée elle offre le type du papillome corné.

L'examen histologique des ganglions lymphatiques démontre que ceux-ci sont profondément dégénérés ; au

milieu du tissu adénoïde qui les constitue, on observe des nodules arrondis, les uns très petits — on aperçoit même parfois une cellule néoplasique isolée — les autres plus étendus, composés soit de gros noyaux entourés d'une faible couche de protoplasma, soit d'éléments plus volumineux, polygonaux (pl. III, fig. 3, *a*) d'apparence épithéliale, identique à celles des éléments de la tumeur primitive. Fait à noter, ces cellules ne présentent pas de réticulum intercellulaire, mais ont une disposition nettement alvéolaire.

Telle est, exposée aussi brièvement que possible, la structure histologique de cette tumeur.

En résumé, elle est essentiellement constituée par des cellules épithélioïdes de dimensions variables, se disposant en travées sur une ou deux couches; ces travées suivent la direction générale des vaisseaux, c'est-à-dire qu'elles sont perpendiculaires au tarse et donnent à la coupe un aspect radié.

Les cellules sont adossées à un réticulum à fibrilles très minces, parcouru par des capillaires, limitant en de nombreux points de véritables alvéoles remplis de cellules.

L'aspect général rappelle donc la variété de tumeur décrite sous le nom de carcinome réticulé.

CHAPITRE IV

Observations antérieures

OBSERVATION II. — Sarcome pancréatique de la conjonctive (analyse) (1)

(ABERNETHY, in Traité pratique des maladies des yeux par W. MACKENZIE)

«...Cas curieux publié à Londres par le docteur BOUTTAIZ, de Moscou. Il s'agissait d'une tumeur qui provenait de dessous la conjonctive et la poussait en avant entre les paupières. Elle avait 7 pouces de long et 3 pouces et demi de circonférence ; elle pesait deux livres et demie. Suivant Abernethy, la structure de cette tumeur se rapportait exactement à ce qu'il a dénommé sarcome pancréatique. Elle avait aussi les caractères de ce tissu morbide, c'est-à-dire que son accroissement se faisait lentement et régulièrement, qu'elle n'avait point de tendance pour l'inflammation ni pour la suppuration. La tumeur avait des connexions étroites avec la conjonctive, qu'elle comprimait, mais elle n'avait point envahi la cornée, qui avait conservé sa transparence naturelle. »

OBSERVATION III. — Fongus malin de la conjonctive.

(MORAX, in Traité d'ophtalmologie de DE WEAVER.)

Pélagie P..., cinquante-six ans, couturière, a toujours joui d'une excellente santé, mère de neuf enfants, elle n'a cessé d'être réglée qu'à cinquante-cinq ans. Il y a six mois environ, à la suite de grands chagrins, cette femme s'aperçut que son œil droit pleurait continuellement et que la vision était fort gênée de ce côté par l'abaissement de la paupière supérieure. Ces phénomènes, se prononçaient de plus en plus sans s'accompagner de douleurs, quand

(1) L'observation I est notre observation inédite qui figure au chapitre II.

la malade vint à la consultation de Morel-Lavallée, à l'hôpital Beaujon. Voici ce que l'on constata à cette époque (15 avril 1852) : l'œil droit est caché par la paupière supérieure, dont la couleur est normale, et qui présente dans sa partie moyenne une saillie très évidente, dépassant le niveau du bord sourcilier. La fente palpébrale est très restreinte quand la malade laisse son œil en repos. En écartant les voiles palpébraux, on voit deux tumeurs : l'une volumineuse supérieure, adhérente à la paupière supérieure ; l'autre petite, sur le bord externe de la cornée, sur laquelle elle empiète de quelques millimètres. De la grosseur et de la forme d'un pois, elle a une couleur rosée, presque transparente ; à sa surface, courent de très nombreux petits vaisseaux, très apparents à cause de leur couleur d'un rouge vif. Cette tumeur est immobile, adhérente à la sclérotique et à la cornée sur une large base. La conjonctive n'est rougeâtre et injectée que sur les bords de cette tumeur ; la cornée est saine et la vision parfaite. La tumeur principale a des dimensions bien plus considérables ; elle s'enfonce dans la partie supérieure de l'orbite. On la fait saillir en retournant la paupière. De la grosseur d'une petite noix, bilobée à sa surface libre, elle s'attache au bord supérieur du cartilage tarse par un pédicule très mince, formé par les deux feuillets réunis de la conjonctive. On mesure facilement le peu d'épaisseur de ce pédicule en le comprimant entre deux stylets. La hauteur et la largeur de la tumeur sont presque égales et sont de deux centimètres. La coloration n'est pas la même partout : rosée et transparente dans la plus grande étendue, elle est d'un rouge foncé, violacée dans certains points. La consistance est molle, la pression n'est pas douloureuse, mais produit de l'hémorragie à cause de sa très grande vascularité. Quelques parties de la tumeur sont recouvertes d'une sécrétion puriforme ; il n'existe pas d'ulcération. On diagnostique un polype (fungus) de la conjonctive, tumeur de mauvaise nature. On pratiqua l'opération le 8 mai. La tumeur supérieure fut facilement enlevée avec les ciseaux courbes ; pour extirper la petite tumeur, il fallut disséquer avec le bistouri, en enlevant la lame superficielle de la cornée. L'hémorragie fut insignifiante ; la cicatrisation se fit très rapidement. On cautérisa à deux reprises les parties occupées autrefois par les tumeurs. La malade quitta l'hôpital le 20 mai, les plaies étaient parfaitement guéries. M. CORNIL qui avait bien voulu se charger de l'examen microscopique, nous communiqua le résultat suivant : le parenchyme de cette tumeur est

uniquement composé de cellules ; ces cellules, étudiées à un grossissement de 500 diamètres, se présentaient sous forme de larges plaques arrondies ou ovalaires, mesurant de 0^{mm} 020 à 0^{mm} 046 dans leur diamètre. Les contours étaient parfaitement nets et ombrés. Elles renfermaient un ou deux noyaux ; ces noyaux eux-mêmes, ovalaires ou ronds, mesuraient de 0^{mm} 013 à 0^{mm} 016 et contenaient un ou deux nucléoles saillants et brillants de 0^{mm} 002 à 0^{mm} 003. Le plus grand nombre d'entre eux étaient transparents et finement granulés, mais quelques-uns commençaient à s'infiltrer de granulations graisseuses. Au centre de la tumeur, on ne voyait rien autre chose que ces cellules et ces noyaux cancéreux, mais à la périphérie de la tumeur principale, et surtout dans la petite portion enlevée, il était facile de s'assurer que ces éléments nouveaux s'étaient développés au milieu et aux dépens du tissu cellulaire. Là, en effet, on apercevait tout d'abord une grande quantité de fibres allongées et ondulées du tissu cellulaire. Entre ces fibres existaient les noyaux du tissu cancéreux. En écartant et dilacérant les préparations, on voyait l'union intime des éléments de nouvelle formation avec le tissu cellulaire préexistant. Plusieurs cellules contenant un noyau cancéreux avec son nucléole avaient une forme allongée et se prolongeaient sur leurs bouts en pointes effilées, justifiant ainsi l'hypothèse que les éléments nouveaux se seraient développés dans les cellules du tissu cellulaire décrites par M. VIRCHOW.»

OBSERVATION IV. — Cancer de la conjonctive

(Analyse).

Dr J. HIRSCHBERG (1).

« Lorsque, chez le malade, vieillard de 62 ans, on retournait la paupière supérieure de l'œil gauche, on découvrait une tumeur du volume d'une demi-noix, de consistance cartilagineuse, dont le bord supérieur était distant de plusieurs lignes de la conjonctive bulbaire, ce qui en rendait l'extirpation possible sans danger pour l'œil.

L'auteur excisa les deux tiers internes de la paupière supérieure, et en fit une nouvelle aux dépens d'un lambeau carré de la peau du

(1) *Annales d'oculistique*, t. LXVI (10^e série, t. VI), 1871, page 246.

front et à l'aide de la conjonctive bulbaire qu'il fit glisser jusqu'au-dessous du lambeau cutané. Cette blépharoplastie réussit parfaitement et après 10 jours de traitement le malade put sortir. L'examen anatomique de la tumeur fit voir qu'elle dépendait manifestement de la muqueuse palpébrale, ce qu'on peut considérer comme une rareté anatomopathologique; d'ordinaire, en effet, le cancer des paupières prend naissance dans les téguments externes. Vue au microscope, la tumeur présentait les caractères histologiques du carcinome, avec cette particularité qu'elle était formée d'un grand nombre de lobules microscopiques, de forme cylindrique, ayant leur point d'insertion immédiatement au-dessous de la surface libre de la conjonctive. Cette structure lui donnait l'aspect d'une glande acineuse. »

OBSERVATION V. — Cancer primitif de la conjonctive palpébrale
(Analyse).

J. MAKLAKOFF, de Moscou. — Revue bibliographique, t. XVII, n° 9.
des *Archives d'ophtalmologie*.

« Il s'agit du nommé K. G..., âgé de 60 ans, qui se fit admettre à la clinique ophtalmologique pour impossibilité d'ouvrir son œil gauche. En ectropionnant la paupière supérieure gauche, dont la peau distendue n'est nullement adhérente à la néoplasie, on constate que la tumeur, de surface rugueuse, a envahi la totalité de la paupière, tout en étant plus développée du côté du grand angle. Sa consistance rappelle celle du cartilage. La tumeur va en s'amincissant, du bord adhérent du cartilage tarse vers son bord libre, en empiétant sur le fornix, sans contracter d'adhérences ni avec la conjonctive bulbaire, ni avec le fornix. A part cette néoplasie conjonctivale dont le début remonte à trois ans, le malade ne présente rien d'anormal, ni du côté des yeux, ni du côté de l'économie générale. L'extirpation de la tumeur fut faite sous le chloroforme, en commençant par le fornix de la conjonctive mise à nu par une canthoplastie préalable.

Étant donnée l'adhérence de la tumeur au cartilage tarse, les muscles ainsi que le tissu cellulaire de la paupière ont été mis à découvert. En même temps on écarta le quart interne du bord libre de la paupière avec les cils, en sorte que, après l'extirpation de la tumeur

de la paupière supérieure, il n'est resté que la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et des fibres musculaires. Ce grand défaut de substance fut restauré par un lambeau autoplastique en forme de languette, pris sur la tempe et attaché par des points de suture à la conjonctive du cul-de-sac et au bord libre de la paupière.

La paupière supérieure a été laissée ectropionnée jusqu'à ce que le lambeau ait pris ; ensuite le lambeau pédiculé fut détaché de sa base, et la paupière remise dans sa position normale.

Après durcissement dans le liquide de Müller, la tumeur enlevée fut examinée microscopiquement. Elle était constituée par un tissu alvéolaire épithélial avec grands noyaux. La conjonctive et le cartilage tarse montrent une infiltration cancéreuse diffuse. Les glandes de Meibomius, dans le voisinage de la néoplasie, se trouvent dans un état d'irritation, l'épithélium est en état de prolifération. La structure de la tumeur est partout uniforme. Pour ce qui est du point de départ de la néoplasie, l'auteur en laisse la question ouverte, notamment en ce qui concerne les glandes de Meibomius. MAKLAKOFF insiste ensuite sur ce fait que, contrairement aux observations notées dans la littérature, où la tumeur était toujours circonscrite et proéminait dans le sac conjonctival, dans son cas, toute la conjonctive était envahie par le néoplasme. »

CHAPITRE V

Nature du cancer de la conjonctive palpébrale

Si nous prenons pour base de notre dénomination la structure morphologique de la tumeur que nous examinons, le véritable nom qui lui convient est celui de carcinome réticulé ; en effet, comme nous l'avons vu, les cellules d'apparence épithéliale sont incluses dans un véritable réticulum ; en maints endroits, les mailles de ce réticulum s'élargissent, et l'on a alors l'aspect de véritables alvéoles remplis de cellules.

Cette disposition des éléments cellulaires se rencontre fréquemment dans les tumeurs de la conjonctive et l'examen des figures, que M. le professeur PANAS donne dans son *Traité des maladies des yeux*, montre que les tumeurs épibulbaires prennent fréquemment cet aspect. Il existe même dans cet ouvrage (1) des figures absolument superposables aux nôtres. D'autre part, nous avons pu examiner, au laboratoire de l'École de médecine de Nantes, plusieurs coupes faites par M. le professeur MALHERBE, de tumeurs malignes de la conjonctive bulbaire ; elles présentent aussi cet aspect réticulé.

Quelle est maintenant l'origine de ces tumeurs ? Doit-

(1) Prof. PANAS, *Traité des maladies des yeux*, 1894, t. II, pages 297 et suivantes, fig. 252 et 253.

on les considérer comme des épithéliomes ou des sarcomes? En un mot, ont-elles une origine épithéliale ou conjonctive?

Dans une observation (obs. III) nous voyons M. le professeur CORNIL conclure à un carcinome d'origine conjonctive; mais cet examen a été pratiqué à une époque où la théorie de VIRCHOW sur l'origine conjonctive des cancers était seule acceptée, et l'on sait que depuis elle a été battue en brèche et à peu près délaissée.

Les tumeurs que nous étudions présentent cependant des caractères si particuliers que les auteurs ne s'accordent pas à leur sujet; les uns en font des sarcomes mélaniques; d'autres trouvant qu'à côté de certains points présentant un aspect épithélial, il en existe d'autres nettement sarcomateux, ont créé cette entité bâtarde de l'épithélio-sarcome. M. le professeur PANAS, ainsi que nous l'avons vu, admet que ce sont des épithéliomes.

Avouons que ces dissidences sont de nature à nous faire hésiter sur l'exactitude de l'interprétation qu'on nous propose.

Déjà en 1897, MM. de LAPERSONNE et CURTIS (1), à propos d'une tumeur carcinomateuse du limbe scléro-cornéen, se posent à nouveau ce problème, et arrivent à conclure que la tumeur qui se présentait sous les aspects de carcinome n'était qu'un sarcome alvéolaire avec cellules épithélioïdes.

En 1898, VENNEMAN (2) se demande: « quelle est la nature du cancer mélanique de la conjonctive? » « Est-il

(1) *Annales d'opht.*, p. 757, déc. 1897.

(2) *Annales d'opht.*, p. 36, juin 1898.

d'ordre épithélial? — épithéliome ou carcinome mélanique, — ou bien est-il de nature conjonctive? — sarcome ou endothéliome mélanique; — la conclusion à laquelle arrive l'auteur est d'ailleurs assez inattendue, puisqu'il dit que le cancer épibulbaire est un « névrome périphérique intra-épithélial! »

Pour nous, en étiquetant carcinome réticulé la tumeur que nous avons décrite, nous nous sommes placé uniquement au point de vue morphologique, et nous n'avons voulu nullement en présumer la nature, bien qu'actuellement encore le nom de carcinome implique à peu près pour tous les auteurs une origine épithéliale.

Le mot de carcinome qui, au sens histologique, signifie seulement : tumeur formée d'alvéoles contenant des cellules polymorphes, a subi bien des vicissitudes. A l'origine, il était synonyme de tumeur conjonctive; mais les travaux de ROBIN, LANCEREAUX, VALDEYER, DEFFAUX, etc., ont tout changé; la réaction a été complète, et le carcinome est devenu l'équivalent de tumeur épithéliale.

Peut-être a-t-on été trop loin, et nous ne sommes pas éloigné de croire qu'il faudra bientôt revenir de cet exclusivisme; depuis quelques années, les travaux de KOLACZEK, d'HILDEBRAND, de KAUFMANN, de VANDUYSE, etc., et plus récemment de MM. les professeurs BERGER et PONCET ont montré qu'il existe certaines tumeurs d'aspect carcinomateux et qui ne sont que des variétés de sarcome — (angiosarcome plexiforme de KOLACZEK, sarcome endo ou périthélial, endothéliome).

D'ailleurs, il est juste de rappeler que, déjà en 1879, CHAMBARD (1) établissait la même distinction; à propos

(1) Laboratoire d'Histologie du Collège de France. 1879, p. 98.

d'un cas de carcinome développé sur un molluscum il concluait : « Elle (*la tumeur*) paraît indépendante du revêtement épidermique, et elle l'est certainement des glandes cutanées. Elle ne saurait donc, au point de vue de son origine, être regardée, ni comme un épithéliome, ni comme un épithéliome carcinomateux ; elle s'est, au contraire, développée dans les lacunes du tissu conjonctif, à la manière du *carcinome* tel que le conçoivent VIRCHOW et MM. CORNIL et RANVIER. »

Ainsi donc, il existe histologiquement des carcinomes indépendants de l'épithéliome.

Quand on constate les appellations si multiples — sarcomes, épithélio-sarcomes ; épithéliomes — que les auteurs ont données à des tumeurs de la conjonctive, on ne peut s'empêcher de se rappeler cette parole de KOLACZEK, que toute tumeur dont l'appellation est bizarre (épithélio-sarcome, etc.) doit éveiller l'idée d'un angio-sarcome.

Aussi se pose pour nous cette question : le carcinome réticulé qui fait l'objet de notre observation est-il de nature épithéliale ou conjonctive ?

En faveur de l'origine épithéliale, nous avons les raisons suivantes : d'abord l'aspect morphologique des cellules de la tumeur qui rappelle beaucoup celui des cellules de la couche moyenne de l'épithélium conjonctival ; en second lieu la marche rapide de la tumeur, enfin l'envahissement de toute la chaîne ganglionnaire intra-parotidienne et sous-maxillaire sont aussi à considérer. On sait en effet que d'une façon générale les endothéliomes ont une marche assez lente et n'envahissent point, ou rarement, les ganglions.

Mais si nous avons affaire à un épithéliome, celui-ci ne peut être venu que d'une pullulation anormale de l'épi-

thélium conjonctival, de celui des glandes de Meibomius ou des glandes de Krause.

Les glandes de Krause ne peuvent être incriminées ici, car la tumeur a pris son origine bien au-dessous du siège normal de ces glandes.

Les glandes de Meibomius ne sont pas en cause non plus, car sur les nombreuses coupes en séries examinées, en aucun point elles ne présentent de dégénérescence : quelques rares culs-de-sac glandulaires voisins de la tumeur offrent bien, il est vrai, des traces d'irritation, mais pas de prolifération néoplasique proprement dite.

Reste l'épithélium conjonctival ; à part quelques points où on le retrouve d'ailleurs sain et sans invagination dans le derme muqueux, il a disparu sur la plus grande partie de la tumeur ; cette disparition est-elle due à ce qu'il se confond avec la tumeur proprement dite ? Non, très vraisemblablement ; en effet, à la limite des points où cesse la couche épithéliale, celle-ci disparaît brusquement, comme par une cassure, et à cet endroit même l'épithélium est normal et n'envoie vers la profondeur aucun prolongement invaginé. De plus, dans toutes ces parties où l'épithélium manque et est remplacé par une fausse membrane fibrineuse avec quelques cellules lymphoïdes, la membrane basale persiste intacte ; il semble bien que cet épithélium n'a pas proliféré, mais a été arraché soit par suite des frottements multiples auxquels était exposée journellement la conjonctive, ectropionnée comme nous le savons, soit au cours des manœuvres opératoires.

Il est donc impossible d'affirmer que l'origine de cette tumeur soit dans une prolifération anormale de l'épithélium conjonctival.

En face de cette première hypothèse, il en existe une autre qui consisterait à ne voir dans cette tumeur qu'un néoplasme d'origine conjonctive, un angio-sarcome plexiforme.

A l'appui de cette conception, on peut faire valoir les arguments suivants : 1° on ne retrouve pas d'habitude dans les épithéliomes ce réticulum fibrillaire, décrivant, suivant la coupe, de longues et minces travées, tantôt parallèles, tantôt anastomosées, ou des alvéoles plus ou moins larges. Ces travées, composées seulement de quelques minces fibrilles conjonctives ont des rapports très étroits avec les vaisseaux ; d'abord elles servent de soutien à de nombreux et étroits capillaires sanguins et on les a vues s'insérer sur les gros vaisseaux par un mode analogue à celui du tissu réticulé de His.

Déjà cette vascularisation très abondante, cette présence de capillaires dans toute l'étendue de la tumeur est anormale pour un épithéliome.

2° La disposition des éléments cellulaires par rapport au réticulum correspond mieux à ce qui s'observe dans les angio-sarcomes ; ces cellules en effet s'insèrent directement sur les fibrilles conjonctives sans interposition d'aucune cellule endothéliale.

3° Une étude attentive des coupes permet de constater qu'entre les plus gigantesques cellules épithélioïdes observées dans la tumeur et la plus simple cellule embryonnaire, toutes les formes intermédiaires existent ; on les voit en certains points coexister, et il est difficile de ne pas conclure de cette constatation que les premières ne sont que le terme ultime de l'évolution des secondes, qu'en un mot les cellules épithélioïdes dérivent des cel-

lules embryonnaires et qu'elles n'en sont qu'un terme plus adulte ou plus dégénéré. Ce sont ces aspects qui expliquent le terme, fort mauvais d'ailleurs, d'épithéliosarcome proposé par quelques auteurs.

4° Un argument de plus de valeur encore que les précédents c'est que la tumeur s'est manifestement développée sur un angiome de la conjonctive ; en effet, elle est parcourue par des vaisseaux excessivement abondants (planche I. *f.*) dont les parois épaissies indiquent une organisation très complète et très accusée et qui ne rappellent en rien les rares rameaux embryonnaires, parfois même simples lacunes qu'on observe dans les carcinomes. Bien plus, aux limites mêmes de la tumeur, on constate des points nettement angiomateux (pl. III, fig. 1 *e* et *g.*) non encore envahis ; or la constatation de cet angiome n'est pas indifférente ; on sait en effet que la dégénérescence de cette variété de tumeur prend le plus souvent le type du sarcome périthélial ou endothéliome, ou angio-sarcome plexiforme de KOLACZEK, qui revêt si fréquemment l'aspect carcinomateux.

Dans notre tumeur, il existe des rapports très étroits entre les éléments cellulaires et la gaine adventice des vaisseaux et ce phénomène se montre non seulement dans la tumeur, mais dans des points assez éloignés.

Le tarse, nous l'avons vu, est à peu près respecté ; il forme une barrière résistante qui s'oppose à l'envahissement en profondeur du néoplasme ; au-dessus du tarse, la couche fibreuse constituée par le ligament large de la paupière et le tendon du releveur joue un rôle analogue, mais les vaisseaux qui les traversent sont entourés d'un manchon de cellules néoplasiques ; celles-ci sont mani-

festement situées dans l'espace lymphatique qui les entoure, et c'est là qu'on peut suivre au microscope les transformations qu'elles subissent pour passer du type embryonnaire au type épithélioïde. Cette disposition est certes plus en rapport avec un angio-sarcome qu'avec un épithéliome.

5° M. SOURDILLE possède dans sa collection des sarcomes alvéolaires de la choroïde à éléments épithélioïdes et d'aspect carcinomateux ; les coupes de ces tumeurs révèlent une identité complète, au point de vue de la disposition des travées et de la morphologie des éléments cellulaires, avec celle de notre carcinome de la conjonctive.

Dans un travail de J. MELLER, paru dans le dernier fascicule de *Archiv für Ophtalmologie* (1), nous trouvons une planche représentant la coupe d'une tumeur développée en pleine paupière entre le tarse et le muscle orbiculaire, dans le tissu conjonctif ; cette tumeur est manifestement un endothéliome ; or celle-ci est absolument comparable à la nôtre.

Telles sont les pièces du procès. Quelle solution admettre ? A vrai dire, malgré les arguments énoncés ci-dessus, la solution de ce délicat problème ne s'impose pas avec une évidence indiscutable. Nous avouons, certes, que nos préférences tendraient à admettre l'origine conjonctive — angio-sarcome alvéolaire à cellules épithélioïdes — de la tumeur ; mais nous n'irons pas plus loin ; il reste encore un doute et la question demande à être soigneusement mûrie avant d'être tranchée d'une façon définitive.

(1) MELLER (J.). Ueber eine eigenthumliche Geschwulste des Lides (vol. L, juin 1900). *Archiv. für Ophtalmologie*.

Dans ces conditions, une prudente réserve ne saurait nous être reprochée et nous nous garderons de tirer des conclusions qui pourraient paraître prématurées.

Dans cette discussion, nous nous sommes surtout appuyés sur l'examen histologique de la tumeur qui nous est propre ; mais tous les arguments que nous avons exposés s'appliquent aux observations de carcinomes que nous avons relatées. MAKLAKOFF, comme nous, n'a pu arriver à déterminer d'une façon exacte l'origine de la tumeur qu'il a observée ; mais il penche cependant pour l'origine épithéliale et ne serait pas éloigné d'incriminer les glandes de Meibomius comme point de départ. C'est à tort, suivant nous. M. SOURDILLE a publié, il y a quelques années, un exemple d'épithéliome des glandes de Meibomius, qui nous permet d'affirmer que l'évolution et les caractères anatomiques en sont entièrement différents.

D'autre part, nous savons que les auteurs étaient loin d'être d'accord sur l'interprétation des tumeurs malignes épibulbaires. Un examen attentif des diverses observations publiées, de même que l'étude des nombreuses coupes que nous avons examinées, nous portent à croire qu'on a été beaucoup trop loin en affirmant que presque toutes ces tumeurs sont d'origine épithéliale ; avec MM. de LAPERSONNE et CURTIS, nous serions tentés d'admettre qu'elles peuvent avoir parfois une origine conjonctive.

CHAPITRE VI

Etude clinique

A l'heure actuelle, il est encore bien difficile de faire une étude clinique complète des tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale, étant donné le petit nombre de cas que l'on peut grouper sous la même dénomination; les examens histologiques sont fort imparfaits ou même n'existent pas pour les cas les plus anciens. Nous essaierons de tracer le tableau clinique des *Carcinomes primitifs de la conjonctive palpébrale* en tenant compte surtout des observations III, IV et V, où l'examen histologique est suffisamment net, et de notre observation inédite.

Etiologie. — L'âge avancé semble y prédisposer puisque la plupart des malades avaient de 56 à 62 ans; les hommes seraient plus souvent atteints (un seul cas chez la femme, obs. III).

Symptômes. — Les tumeurs se présentent sous deux aspects bien distincts; elles sont tantôt sessiles, en nappe, recouvrant la conjonctive bulbaire qu'elles éversent; tantôt pédiculées, proéminent dans le cul-de-sac, ou flottant librement entre les paupières; le pédicule est formé par la muqueuse saine. Ces deux aspects sont d'une interprétation facile; on sait, en effet, que la conjonctive est très adhérente au niveau du tarse, tandis qu'elle est très mobile au niveau du ligament large de la paupière;

la forme polypoïde est simplement due à ce que la tumeur a entraîné par son poids la muqueuse conjonctivale sus-tarsale.

Ces tumeurs n'atteignent que rarement un volume considérable ; à part celle d'ABERNETHY, qui pesait 2 livres et demie, la plupart dépassent à peine le volume d'une petite noix.

Leur couleur varie du blanc rosé au rouge violacé ; le plus souvent elles sont rouge foncé.

Elles peuvent subir les diverses dégénérescences myxomateuse, colloïde, etc. ; elles sont alors plus ou moins transparentes par place.

Elles sont très vasculaires, saignent facilement ; parfois on voit courir des vaisseaux à leur surface.

Leur surface est bosselée, rugueuse, tomenteuse, rarement ulcérée ; la tumeur se délimite très nettement à l'extérieur, de telle sorte que ses bords sont plus ou moins arrondis et réguliers.

Leur consistance est généralement ferme ; ce caractère de dureté a frappé les auteurs qui la qualifient de cartilagineuse.

La marche est insidieuse ; le début passe à peu près inaperçu ; plus tard la tumeur se révèle non par la douleur, mais plutôt par une sensation de *gêne qu'éprouve le malade pour soulever sa paupière* ; ce phénomène est constant.

Puis il se produit une irritation de voisinage de la conjonctive et les malades sont gênés constamment par l'écoulement des larmes ; la paupière peut même s'ectropionner ; la conjonctive est alors le siège d'une irritation plus intense qui se traduit par l'écoulement d'un liquide séro-purulent ou sanguinolent.

La vision est peu altérée ; la cornée peut rester transparente ; mais lorsque la tumeur prend un certain développement, elle vient pour ainsi dire former volet devant la pupille ; parfois même il se forme sur la cornée des végétations cornées, résultat de l'irritation incessante due au frottement de la tumeur.

Enfin le retentissement ganglionnaire constitue un symptôme important ; ces ganglions offrent tous les caractères des ganglions néoplasiques.

La durée de l'affection est fort variable ; dans le cas de MAKLAKOFF, le début remontait à 3 ans ; dans notre observation, au contraire, nous avons vu que la généralisation ganglionnaire prenait une marche rapide.

Le pronostic est celui de toute tumeur maligne, c'est-à-dire qu'il est grave. Il y a peu de tendance à la récurrence locale après extirpation complète, mais nous verrons que si le traitement n'est pas aussi radical que possible, la récurrence est fatale à brève échéance.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces tumeurs malignes de la conjonctive palpébrale repose :

1° Sur les caractères de la tumeur : développement moyen (petite noix) dans la plupart des cas, consistance ferme le plus souvent (obs. I), parfois même cartilagineuse (obs. IV et V), surface inégale légèrement tomenteuse, mais non ulcéreuse ; délimitation nette de la tumeur, fréquence de la greffe sur les parties en contact avec la tumeur (obs. I et III).

2° Sur l'évolution parfois rapide ; dans les observations que nous rapportons, on ne dit pas ce que sont devenus les malades après l'opération, mais notre cas est suffisamment net à ce sujet.

3° Sur l'envahissement ganglionnaire précoce dont notre observation offre un bel exemple.

Le diagnostic avec les affections diverses de la conjonctive à forme proliférante sera différent suivant qu'il s'agira de la forme saillante ou de la forme diffuse du carcinome palpébral.

1° *Forme saillante.* — Les papillomes se distinguent par leur aspect en chou-fleur, leur multiplicité, l'âge du sujet, l'absence de retentissement ganglionnaire, la marche lente de l'affection.

Les lipomes, les angiomes ne sauraient prêter à confusion, à cause de leur aspect caractéristique.

Les végétations tuberculeuses et le lupus de la conjonctive bulbaire se présentent parfois sous forme de polypes et s'accompagnent de tuméfaction glandulaire.

Mais le plus souvent le jeune âge des sujets porteurs de ces lésions, leur état général, les autres lésions tuberculeuses ou lupiques concomitantes ne permettent pas le doute.

Le *chalazion* enflammé peut s'ulcérer, s'ouvrir du côté de la conjonctive et donner issue à travers cette ouverture à un bourgeon polypoïde qui proémine dans le cul-de-sac, il suffit de constater que la tumeur émerge véritablement du fond d'une cavité qu'on peut explorer au stylet.

2° *Forme diffuse.* — La *tarsite chronique* donne lieu à de l'ectropion, avec formation d'un bourrelet cicatriciel; dans ce cas, la marche de la maladie est trop spéciale pour permettre l'erreur. Il n'en est pas de même des *gommes diffuses* du tarse et de la conjonctive palpébrale; à la suite de la dégénérescence colloïde et graisseuse des

gommés tarsales, il se fait une ulcération qui peut être prise pour une néoplasie maligne (PANAS) (1). L'absence d'engorgement ganglionnaire marqué, la présence des stigmates de la syphilis, enfin la tendance à la cicatrisation et au besoin le traitement spécifique par le mercure et l'iodure de potassium permettent de faire le diagnostic.

Le chancre syphilitique se différenciera par son siège (bord libre de la paupière), par l'apparition concomitante des syphilides et des plaques muqueuses, par l'âge du malade, par son développement rapide et sa tendance à la cicatrisation.

Les épithéliomes primitifs des glandes de Meibomius (SOURDILLE)(2) ont quelques caractères communs avec les tumeurs conjonctivales que nous étudions; cependant plusieurs symptômes sont particuliers à ces tumeurs glandulaires; leur développement très rapide s'accompagne toujours de douleurs lancinantes dans la paupière; on constate souvent, du côté de la conjonctive, une perforation par laquelle sort un bourgeon charnu; quand on prend la paupière entre les doigts, on sent que la tumeur, libre d'adhérences avec la peau, est encastrée dans le tarse; plus tard, si l'adhérence à la peau est constituée, le gonflement en masse de la paupière, la surface bourgeonnante, ulcérée, à bords indurés, ne sont pas des caractères propres aux tumeurs malignes n'ayant pas leur point de départ dans le tarse.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs dont nous nous occupons ont été décrites par les auteurs sous le nom de

(1) *Traité des mal. des yeux*, 1894, t. II, p. 123.

(2) *Arch. d'opht.*, mars 1894.

cancer médullaire. Les classiques en distinguent deux variétés ; la forme médullaire proprement dite et la forme gélatineuse. Cette dernière ne comprend que deux observations de CHÉLIUS et de MACKENZIE, mais il n'en existe aucune description histologique. S'agit-il d'un véritable carcinome colloïde ; est-ce une tumeur d'un autre genre ? aucune solution à ce problème n'est possible pour le moment.

Quant au carcinome médullaire, la description en a été faite par M. le professeur CORNIL (obs. III), par BLODYETT (1), par MAKLAKOFF (2) ; elle correspond de tous points avec celle que nous avons donnée ; aussi nous paraît-il inutile de reprendre ici un tableau anatomique qui différerait peu de celui de notre observation.

Disons cependant que la tumeur atteint la conjonctive tarsale, de préférence à celle du bulbe ou des culs-de-sac ; qu'elle est essentiellement constituée par des cellules épithélioïdes, rondes, ovales, polygonales, d'un diamètre de 25 à 50 μ , avec gros noyau, nucléolé, souvent vésiculeux.

Tous ces éléments se groupent en travées, séparées par des fibrilles conjonctives contenant de fins capillaires qui forment un réticulum très net à mailles fines et distinctes ; ailleurs ce réticulum dessine des alvéoles remplies de cellules.

La tumeur est en général très vasculaire ; elle a peu de tendance à envahir le tarse et s'étend en surface plutôt qu'en profondeur.

(1) *Archiv fur Ophtalmologie*, vol. XXIV, pp. 257-266.

(2) *Loc. cit.*

CHAPITRE VII

Traitement.

En présence de pareilles tumeurs, dont le pronostic est grave, dont la marche est parfois si rapide et si envahissante, l'intervention chirurgicale s'impose. Celle-ci doit être pratiquée le plus tôt possible, dès que le diagnostic a été porté ; elle doit être radicale et complète et dépasser largement les limites de la tumeur.

Quand le néoplasme a franchi la barrière fibreuse que lui opposent le tarse et le ligament large de la paupière, pour s'étaler dans le tissu anti-tarsien, la paupière doit être sacrifiée en entier ; c'est le meilleur moyen d'éviter une récurrence locale. Si, au contraire, on a la chance de voir le malade avant que cet envahissement ait eu lieu, on peut se contenter du procédé employé par M. SOURDILLE et qui lui a très bien réussi. Il consiste à dédoubler la paupière au bistouri, de telle sorte que la peau seule, plus ou moins doublée par l'orbiculaire, soit respectée ; on isole ainsi totalement le tarse et le néoplasme que quelques coups de ciseaux détachent rapidement.

Lorsque la paupière a été enlevée en totalité, une blépharoplastie immédiate est nécessaire ; nous n'avons point à décrire ici le procédé qui devra être employé ; disons seulement que le procédé à lambeau temporal, qu'on fait basculer de façon à recouvrir l'œil, nous paraît être le meilleur dans la circonstance.¹

Quand on s'est borné à enlever le tarse et la conjonctive dégénérée, est-il nécessaire de doubler la peau des paupières par une muqueuse ?

Dans notre observation première, nous avons vu que M. SOURDILLE a jugé inutile de le faire et que le résultat obtenu a été très satisfaisant ; la paupière s'est en partie rétractée, mais elle a encore une mobilité suffisante pour recouvrir l'œil sans difficulté.

Dans certains cas, cependant, quand, en face de l'envasement en surface de la tumeur, on s'est trouvé réduit à enlever la plus grande partie de la conjonctive du cul-de-sac, il est absolument indispensable de faire une opération complémentaire pour remplacer la conjonctive et le tarse absents.

Deux méthodes peuvent être employées ; la conjonctive peut être remplacée par une portion de muqueuse (muqueuse des lèvres, par exemple), prise sur le sujet lui-même. Ce procédé, employé dans un cas analogue par M. SOURDILLE, lui a donné un assez bon résultat ; mais une méthode plus satisfaisante consiste à tailler sur la région temporale un lambeau de peau que l'on fait basculer, de façon à appliquer sa surface cruentée sur la plaie de la paupière ; M. SOURDILLE a obtenu par ce procédé un résultat excellent, qui depuis 4 ans persiste d'une façon remarquable.

Mais ce traitement de la tumeur et cette réparation de la paupière ne sont pas suffisants ; nous avons vu que les ganglions lymphatiques sont rapidement intéressés et l'opération sera forcément incomplète si ceux-ci sont laissés en place.

Quand la tumeur occupe la moitié externe des pau-

pières, seuls les ganglions pré-auriculaires et parotidiens sont malades ; mais dès qu'elle dépasse la ligne médiane pour se rapprocher de l'angle interne de l'œil, il y a envahissement des ganglions sous-maxillaires ; ceux-ci, comme on le sait, reçoivent les lymphatiques de la moitié interne de la conjonctive palpébrale, lesquels suivent le trajet de la veine faciale.

Le traitement des ganglions malades doit être complet, c'est-à-dire qu'on doit faire un curage très soigneux des régions sous-maxillaire et parotidienne. L'opération doit être très large. Dans les cas douteux, on ne devra pas se borner à enlever les ganglions parotidiens superficiels ; il faudra faire le curage de la loge parotidienne, en enlevant la glande elle-même.

Du fait d'avoir été trop parcimonieux dans cette intervention sur les ganglions, M. SOURDILLE a vu avec regret se produire chez son malade une récurrence ganglionnaire rapide, qui l'a conduit à une nouvelle opération ; aussi conseille-t-il dès le début une ablation intégrale de tous les ganglions suspects.

Nous ne nous dissimulons pas qu'il s'agira souvent, dans ces cas, d'une intervention grave ; mais elle seule donnera quelque chance d'éviter une récurrence ganglionnaire à peu près fatale, si l'on se contente de l'ablation pure et simple de la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — Certaines tumeurs malignes primitives de la conjonctive palpébrale prennent l'aspect histologique du *Carcinome réticulé*.

II. — Cliniquement, ces tumeurs se présentent sous deux formes : une forme en nappe ou infiltrée et une forme nettement pédiculée ; la première se développe au niveau du tarse, la seconde sur la conjonctive sus-tarsienne ; elles sont dues à ce fait purement anatomique que la conjonctive est très adhérente au niveau du tarse, tandis que plus haut elle est très mobile sur les plans sous-jacents.

III. — La néoplasie envahit assez vite les ganglions parotidiens et sous-maxillaires ; la marche de l'affection est modérément rapide ; elle n'altère que très tardivement la santé générale.

IV. — Au point de vue de la nature même de la tumeur, il n'est pas prouvé qu'elle ait toujours une origine épithéliale ; il est possible que certains cas rentrent dans le groupe des sarcomes péri ou endothéliaux, à structure alvéolaire, principalement quand les tumeurs se développent sur des angiomes.

V. — Au point de vue opératoire, on ne doit pas se borner à enlever largement la tumeur ; il est nécessaire de débarrasser les régions sous-maxillaire et parotidienne des ganglions malades qu'elles contiennent ; dans

certains cas même, le curage complet de la loge parotidienne s'impose, comme étant la seule garantie de non-récidive.

VU : *le Président de la Thèse.*

PAUL BERGER.

VU : *le Doyen.*

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERGER (Paul). — Tumeurs mixtes du voile du palais. — *Revue de chirurgie*, 1897, p. 470.
- Endothéliome des os. — *Revue de chirurgie*, n° 1, janv. 1900, p. 1 et suivantes.
- BLODYETT. — *Arch. für Ophthalmologie*, vol. xxiv, p. 257, 1879.
- CHAMBARD. — Laboratoire d'histologie du Collège de France; 1879.
- *Revue de Médecine*; 1880 : carcinome primitif des ganglions.
- CHEVALLEREAU. — Conjonctivite granuleuse et épithélioma. — *Bulletin de la Société d'ophthalmologie*, 1891, p. 28.
- COMPART. — *Bulletin de la Société d'opht. des Quinze-Vingts*. Janvier-mars 1885, p. 59.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de chirurgie*, t. IV, 1898, p. 117.
- ELSCHNIG. — Tumeurs polypoïdes de la conjonctive. — *Arch. für Augenheilkunde*, XIV, 1889, p. 63.
- GINSBURG. — Un cas de carcinome primitif de la conjonctive bulbaire. — *Wietznik ophthalmologui*, mai-juin 1898.
- GORECKI. — Lymphadénome de la conjonctive bulbaire. — *Bulletin de la Société d'opht. de Paris*, 1894, t. V, p. 179.
- HIRSCHBERG. — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1870, et *Annales d'oculistique*, t. LXVI, juil.-août, 1871, p. 246.
- LAGRANGE. — Etudes sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et de ses annexes, 1893.
- LAPERSONNE (DE) ET CURTIS. — Tumeur carcinomateuse du limbe scléro-cornéen. — *Arch. d'opht.*, p. 757. Déc. 1897.
- LE DENTU ET DELBET. — *Traité de chirurgie*, t. V, 1897, p. 116 (article de M. TERSON).
- MACKENZIE. — *Maladies des yeux*, 1844, p. 187.
- MAKLAKOFF. — Cancer primitif de la conjonctive palpébrale. — *Wietznick ophthalmologui*, janv.-févr. 1897.
- MELLER. — *Arch. für opht.*, vol. L, juin 1900. Ueber eine eigenthumliche Geschwulste des Lides.
- PANAS. — *Traité des maladies des yeux*, 1894, p. 284.
- RENOUL. — Des épithéliomes développés sur les nævi, thèse Paris, 1892.

- ROBINEAU. — Quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive
thèse Paris, 1882.
- RUMSCHEWITSCH. — Contribution à l'étude des tumeurs de la conjonctive.
— *Klinische Monatsblätter*. Août 1891, p. 458.
- SECONDI. — Fibro-myxome de la conjonctive. — *Journal de l'Académie
de médecine de Turin*, 1889.
- THÉVENOT. — Endothéliome des os. — *Revue de chirurgie*, n° 6 juin 1900,
pp. 756 et suivantes.
- VAN DUYSE. — Contribution à l'étude des endothéliomes de l'orbite. —
Arch. d'opht., 1895.
- Endothéliome de la gaine durale du nerf optique. — *Arch. d'opht.*, 1895.
- Endo (— péri) théliome de l'orbite. — *Archiv. d'opht.*, oct. 1896.
- Un cas de carcinome choroidien de la macula avec prorogation orbi-
taire (sarcome alvéolaire). — *Arch. d'opht.*, nov. 1896.
- VENNEMAN, — *Arch. d'opht.*, juin 1898, p. 36.
- VOLKMANN. — Ueber endotheliale Geschwülste, Zugleich ein Beitrag zu den
Speicheldrüsen und Gaumentumoren. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie,
1895; t. XLI, p. 149).
- WECKER (DE) ET LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie, 1880, p. 433.
- ZIEGLER. — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. 1892, p. 352.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE PREMIER. — Tumeurs malignes de la conjonctive palpébrale.....	15
CHAPITRE II. — Observation I (<i> inédite </i>).....	19
CHAPITRE III. — Examen histologique.....	22
CHAPITRE IV. — Observations antérieures.....	35
CHAPITRE V. — Nature du cancer de la conjonctive palpébrale.....	40
CHAPITRE VI. — Étude clinique.....	49
CHAPITRE VII. — Traitement.....	55
CONCLUSIONS..	58
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	60

